



**DECLARACION DE DATOS PARA ASISTENCIA MONETARIA, ESTAMPILLAS PARA COMIDA, Y MEDI-CAL/CMSP (PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA DE CALIFORNIA/ PROGRAMA DE SERVICIOS MEDICOS DEL CONDADO ADMINISTRADO POR EL ESTADO)**

- Conteste todas las preguntas sobre los beneficios que esté solicitando. Escriba todas las respuestas con tinta y con letra de molde. Las letras "CA" (asistencia monetaria), "FS" (estampillas para comida), y "MC" (Medi-Cal/CMSP administrado por el estado) que aparecen a la izquierda de cada pregunta le indican a qué programas se refiere esa pregunta.
- Proporcione pruebas (tales como facturas, recibos y documentos) para apoyar sus respuestas. Hable con su trabajador si necesita ayuda para obtener pruebas o para completar este formulario. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.
- Si está solicitando estampillas para comida y usted no es un miembro adulto del grupo para fines de estampillas para comida (grupo), adjunte una autorización por escrito firmada por el jefe del grupo u otro miembro adulto.

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

CASE NAME \_\_\_\_\_

CASE NUMBER \_\_\_\_\_

WORKER \_\_\_\_\_ DATE RCD \_\_\_\_\_

**CA FS MC** **1 A. Persona que hace la solicitud o familiar encargado del cuidado continuo de los niños para los que se quiere la asistencia.**

TELEFONO DEL HOGAR ( )

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL HOGAR (NUMERO, CALLE) \_\_\_\_\_ DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE) \_\_\_\_\_ TELEFONO DURANTE EL DIA ( )

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

**FS** **B. ¿Es usted una persona sin hogar?**  SI  NO

Si su respuesta es "SI", ¿se está quedando temporalmente en la casa de otra persona?  SI  NO

Si es así, anote la fecha en que empezó a quedarse en esa casa: \_\_\_\_\_

New  Restoration

Redetermine  Recertification

Residency Verified

FS ID

FS Aged/Disabled Verified

MC ID

MC Minor Consent: Exempt from ID, Residency, SSN, Verifs

**2 Anote todos los datos en relación a cada ADULTO que viva en el hogar.**

**CA FS MC** **(A) NOMBRE DEL ADULTO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)**

CIUDADANIA/SITUACION MIGRATORIA (✓)  Ciudadano/Nacional de los EE. UU.

No ciudadano: ¿Patrocinado?  SI  NO

PARENTESCO/RELACION CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DE LOS NIÑOS \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (MES, DIA, AÑO) \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

SEXO (✓)  M  F  SI  NO ¿CIEGO, SORDO O INCAPACITADO/DISCAPACITADO?  SI  NO ¿EMBARAZADA?  SI  NO

LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ PAIS \_\_\_\_\_

CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA (✓)

Asistencia monetaria  Estampillas para comida  Ninguna  Medi-Cal  CMSP administrado por el estado

ESTADO CIVIL (✓)

Casado  Nunca casado  Separado  Divorciado  Matrimonio sin formalidades legales  Viudo

AU  NON-AU  MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code: \_\_\_\_\_

Work Registration/Exemption Codes:

WELFARE to WORK \_\_\_\_\_ FS \_\_\_\_\_ ABAWD \_\_\_\_\_

VERIFIED:  Blind/Deaf/Disabled  SSN  DED Packet  Citizen  Eligible Noncitizen  SAVE

Alien Reg. # \_\_\_\_\_ D.O.E. \_\_\_\_\_

**CA FS MC** **(B) NOMBRE DEL ADULTO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)**

CIUDADANIA/SITUACION MIGRATORIA (✓)  Ciudadano/Nacional de los EE. UU.

No ciudadano: ¿Patrocinado?  SI  NO

PARENTESCO/RELACION CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DE LOS NIÑOS \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (MES, DIA, AÑO) \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

SEXO (✓)  M  F  SI  NO ¿CIEGO, SORDO O INCAPACITADO/DISCAPACITADO?  SI  NO ¿EMBARAZADA?  SI  NO

LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ PAIS \_\_\_\_\_

CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA (✓)

Asistencia monetaria  Estampillas para comida  Ninguna  Medi-Cal  CMSP administrado por el estado

ESTADO CIVIL (✓)

Casado  Nunca casado  Separado  Divorciado  Matrimonio sin formalidades legales  Viudo

AU  NON-AU  MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code: \_\_\_\_\_

Work Registration/Exemption Codes:

WELFARE to WORK \_\_\_\_\_ FS \_\_\_\_\_ ABAWD \_\_\_\_\_

VERIFIED:  Blind/Deaf/Disabled  SSN  DED Packet  Citizen  Eligible Noncitizen  SAVE

Alien Reg. # \_\_\_\_\_ D.O.E. \_\_\_\_\_

**CA FS MC** **(C) NOMBRE DEL ADULTO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)**

CIUDADANIA/SITUACION MIGRATORIA (✓)  Ciudadano/Nacional de los EE. UU.

No ciudadano: ¿Patrocinado?  SI  NO

PARENTESCO/RELACION CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DE LOS NIÑOS \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (MES, DIA, AÑO) \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

SEXO (✓)  M  F  SI  NO ¿CIEGO, SORDO O INCAPACITADO/DISCAPACITADO?  SI  NO ¿EMBARAZADA?  SI  NO

LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ PAIS \_\_\_\_\_

CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA (✓)

Asistencia monetaria  Estampillas para comida  Ninguna  Medi-Cal  CMSP administrado por el estado

ESTADO CIVIL (✓)

Casado  Nunca casado  Separado  Divorciado  Matrimonio sin formalidades legales  Viudo

AU  NON-AU  MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code: \_\_\_\_\_

Work Registration/Exemption Codes:

WELFARE to WORK \_\_\_\_\_ FS \_\_\_\_\_ ABAWD \_\_\_\_\_

VERIFIED:  Blind/Deaf/Disabled  SSN  DED Packet  Citizen  Eligible Noncitizen  SAVE

Alien Reg. # \_\_\_\_\_ D.O.E. \_\_\_\_\_

SOLO PARA USO DEL CONDADO			
FS NON-HH/EXCLUDED MEMBER (63-402)	FS WORK/TRAINING EXEMPTIONS (63-407.21)	FS ABAWD EXEMPTIONS (63-410.3)	W/W WORK EXEMPTIONS (42-712)
1. Separate HH (Purchase/prepare) (.12, .13)	a. Under 16/60 or older	1. ABAWD with FS Work/Training Exemption Code 63-407.21	Age under 16 (.41)
2. Separate HH (Elderly/disabled) (.17)	a.(1) 16/17 not head of household; or 16/17 in school/training at least 1/2 time	2. Under 18/50 or older (.321)	School Attendance (.42)
3. Roomer (must be listed in 13) (.211)	b. Mentally/physically unfit for work	3. Pregnant (.322)	Age 60 or older (.43)
4. Live-in attendant (.212)	c. Mandatory participant in Welfare to Work activities	4. Adult living in HH with dep. child (.323)	Disability (.44)
5. Other shared living quarters (.213)	d. Cares for child under 6 or incapacitated person	5. Lives in ABAWD exempt area (.33)	NCR caring for dependent or ward of the court or at risk of FC placement (.45)
6. Ineligible alien (.221)	e. Applicant for/recipient of UIB		Care of another ill or incap member of the household (.46)
7. Boarder (must be listed in 13) (.3)	f. Participant in drug/alcohol program		Care of child:
8. SSN disqualified (.222)	g. 30 hour week/min. x 30		- Age 6 months or under (or as allowed under county's CalWORKs plan) (.471)
9. IPV disqualified (.223)	h. 1/2 time student in school, training or higher education.		- Member (who previously claimed .471) upon birth or adoption of subsequent child(ren) (.472)
10. Workfare sanctioned (.225)			Pregnancy (.48)
11. SSI/SSP recipient (.226)			VISTA-full or part time volunteer (.49)
12. Ineligible student (.227)			
13. Work req. disqualified (.228)			
14. Questionable Citizenship (300.51(b))			
15. Vol. quit ineligible (408.1, .2)			
16. Ineligible/disqualified ABAWD (410.4)			
17. Fleeing felon/parole or probation violator (.224)			
18. Drug felon (.229)			

3 Proporcionar toda la información en relación a cada NIÑO que viva en el hogar, que esté fuera del hogar durante un breve período de tiempo, o que usted incluya como dependiente para fines de los impuestos. Si está embarazada, escriba "por nacer" en la casilla correspondiente al nombre del niño y anote la fecha en que se espera que nazca el bebé en la casilla correspondiente a la fecha de nacimiento.

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

<b>CA (A)</b> NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) <b>FS</b> <b>MC</b>		CIUDADANIA/SITUACION MIGRATORIA <input checked="" type="checkbox"/> Ciudadano/Nacional de los EE. UU. <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Patrocinado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			EL NIÑO NECESITA ASISTENCIA PORQUE EL PADRE/MADRE ESTA: (MARQUE <input checked="" type="checkbox"/> ABAJO)		AU <input checked="" type="checkbox"/>	NON-AU <input checked="" type="checkbox"/>	MFBU <input checked="" type="checkbox"/>	MFG CHILD <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	FS Non-HH/Excluded Member Code: <input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO O FECHA EN QUE SE ESPERA QUE NAZCA (Mes, Día, Año)	EDAD DEL NIÑO	MUERTO INCAPACITADO/DISCAPACITADO AUSENTE DESEMPLEADO	AU <input checked="" type="checkbox"/> NON-AU <input checked="" type="checkbox"/> MFBU <input checked="" type="checkbox"/> MFG CHILD <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #	D.O.E.	Work Registration/Exemption Codes: Welfare-to-Work FS		
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO, PAIS)		¿EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE SUS VACUNAS AL CORRIENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CIEGO/SORDO/INCAPACITADO/DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School attendance		
¿ESTA INSCRITO ESTE NIÑO EN LA ESCUELA ACTUALMENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SI", NOMBRE DE LA ESCUELA:		CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Estampillas para comida <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguna			NOMBRE DE LA MADRE		PARENTESCO/RELACION CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE DEL PADRE	
<b>CA (B)</b> NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) <b>FS</b> <b>MC</b>		CIUDADANIA/SITUACION MIGRATORIA <input checked="" type="checkbox"/> Ciudadano/Nacional de los EE. UU. <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Patrocinado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			EL NIÑO NECESITA ASISTENCIA PORQUE EL PADRE/MADRE ESTA: (MARQUE <input checked="" type="checkbox"/> ABAJO)		AU <input checked="" type="checkbox"/>	NON-AU <input checked="" type="checkbox"/>	MFBU <input checked="" type="checkbox"/>	MFG CHILD <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	FS Non-HH/Excluded Member Code: <input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO O FECHA EN QUE SE ESPERA QUE NAZCA (Mes, Día, Año)	EDAD DEL NIÑO	MUERTO INCAPACITADO/DISCAPACITADO AUSENTE DESEMPLEADO	AU <input checked="" type="checkbox"/> NON-AU <input checked="" type="checkbox"/> MFBU <input checked="" type="checkbox"/> MFG CHILD <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #	D.O.E.	Work Registration/Exemption Codes: Welfare-to-Work FS		
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO, PAIS)		¿EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE SUS VACUNAS AL CORRIENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CIEGO/SORDO/INCAPACITADO/DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School attendance		
¿ESTA INSCRITO ESTE NIÑO EN LA ESCUELA ACTUALMENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SI", NOMBRE DE LA ESCUELA:		CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Estampillas para comida <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguna			NOMBRE DE LA MADRE		PARENTESCO/RELACION CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE DEL PADRE	
<b>CA (C)</b> NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) <b>FS</b> <b>MC</b>		CIUDADANIA/SITUACION MIGRATORIA <input checked="" type="checkbox"/> Ciudadano/Nacional de los EE. UU. <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Patrocinado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			EL NIÑO NECESITA ASISTENCIA PORQUE EL PADRE/MADRE ESTA: (MARQUE <input checked="" type="checkbox"/> ABAJO)		AU <input checked="" type="checkbox"/>	NON-AU <input checked="" type="checkbox"/>	MFBU <input checked="" type="checkbox"/>	MFG CHILD <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	FS Non-HH/Excluded Member Code: <input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO O FECHA EN QUE SE ESPERA QUE NAZCA (Mes, Día, Año)	EDAD DEL NIÑO	MUERTO INCAPACITADO/DISCAPACITADO AUSENTE DESEMPLEADO	AU <input checked="" type="checkbox"/> NON-AU <input checked="" type="checkbox"/> MFBU <input checked="" type="checkbox"/> MFG CHILD <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #	D.O.E.	Work Registration/Exemption Codes: Welfare-to-Work FS		
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO, PAIS)		¿EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE SUS VACUNAS AL CORRIENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CIEGO/SORDO/INCAPACITADO/DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School attendance		
¿ESTA INSCRITO ESTE NIÑO EN LA ESCUELA ACTUALMENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SI", NOMBRE DE LA ESCUELA:		CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Estampillas para comida <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguna			NOMBRE DE LA MADRE		PARENTESCO/RELACION CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE DEL PADRE	
<b>CA (D)</b> NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) <b>FS</b> <b>MC</b>		CIUDADANIA/SITUACION MIGRATORIA <input checked="" type="checkbox"/> Ciudadano/Nacional de los EE. UU. <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Patrocinado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			EL NIÑO NECESITA ASISTENCIA PORQUE EL PADRE/MADRE ESTA: (MARQUE <input checked="" type="checkbox"/> ABAJO)		AU <input checked="" type="checkbox"/>	NON-AU <input checked="" type="checkbox"/>	MFBU <input checked="" type="checkbox"/>	MFG CHILD <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	FS Non-HH/Excluded Member Code: <input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO O FECHA EN QUE SE ESPERA QUE NAZCA (Mes, Día, Año)	EDAD DEL NIÑO	MUERTO INCAPACITADO/DISCAPACITADO AUSENTE DESEMPLEADO	AU <input checked="" type="checkbox"/> NON-AU <input checked="" type="checkbox"/> MFBU <input checked="" type="checkbox"/> MFG CHILD <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #	D.O.E.	Work Registration/Exemption Codes: Welfare-to-Work FS		
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO, PAIS)		¿EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE SUS VACUNAS AL CORRIENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CIEGO/SORDO/INCAPACITADO/DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School attendance		
¿ESTA INSCRITO ESTE NIÑO EN LA ESCUELA ACTUALMENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SI", NOMBRE DE LA ESCUELA:		CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Estampillas para comida <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguna			NOMBRE DE LA MADRE		PARENTESCO/RELACION CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE DEL PADRE	

<b>CA ④ Anote al padre/madre (o padres) del niño, niños, o bebé por nacer, que no vive en el hogar con usted.</b>		<b>SOLO PARA USO DEL CONDADO</b>	
NOMBRE DEL PADRE/MADRE	RAZON POR LA CUAL EL PADRE/MADRE NO VIVE EN EL HOGAR	<input type="checkbox"/> Verif. on File <input type="checkbox"/> MC 13	
<b>CA ⑤ ¿Ha cambiado la ciudadanía/situación migratoria de alguien durante los últimos 12 meses?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Si la respuesta es "SI", complete a continuación:			
NOMBRE	¿QUE CAMBIO?	FECHA	NUMERO DE RESIDENTE LEGAL (SI ES PERTINENTE)
<b>CA ⑥ A. ¿Vive en el hogar un niño bajo el Programa de Crianza Temporal?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> CA and FC Elig/CR Chooses: Child: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FC CR: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Kin-GAP	
Si la respuesta es "SI", ¿quién?			
<b>FS B. ¿Quiere que los niños bajo cuidado de crianza temporal y los ingresos provenientes del Programa de Crianza Temporal se cuenten en relación al caso de estampillas para comida?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
<b>CA ⑦ ¿Ha usado alguien un nombre diferente alguna vez (de soltera, adoptivo, etc.)?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Si la respuesta es "SI", complete a continuación:			
NOMBRE	OTROS NOMBRES QUE USO		
NOMBRE	OTROS NOMBRES QUE USO		
		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>CA ⑧ A. ¿Viven todos en California?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Calif. Resident: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> Property  <input type="checkbox"/> PA	
Si la respuesta es "NO", explique:			
<b>CA B. ¿Piensan todos quedarse en California permanentemente?</b>			
<b>CA C. ¿Posee, tiene alquilada o mantiene alguien una casa/apartamento fuera de California?</b>			
<b>CA MC D. ¿Está alguien actualmente recibiendo asistencia pública fuera de California?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Si la respuesta es "SI", explique:			
<b>CA E. ¿Piensa alguien estar fuera de California durante más de 30 días?</b>			
<b>MC ⑨ ¿Tiene usted entre 18 y 21 años de edad y lo incluyen como dependiente para fines de los impuestos sobre los ingresos?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Tax Dependent Letter Sent <input type="checkbox"/> CA 2.1	
Si la respuesta es "SI", ¿quién?			
<b>CA ⑩ A. ¿Se ha descontinuado la asistencia monetaria o las estampillas para comida de alguien debido a: la falta de cooperación durante una revisión de control de calidad; sanciones de trabajo o entrenamiento; que no cumplió con los requisitos relacionados con el trabajo del Programa de Estampillas para Comida para los ABAWD (adulto con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado); o cualquier otra razón?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Si la respuesta es "SI", explique a continuación:			
¿QUIEN?	¿POR QUE?	¿CUANDO?	¿EN QUE CONDADO/ESTADO?
<b>CA ⑩ B. ¿Se ha descontinuado la asistencia monetaria o las estampillas para comida de alguien durante un período de tiempo o para siempre debido a fraude en la asistencia pública o a una violación intencional del Programa de Estampillas para Comida?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Si la respuesta es "SI", explique a continuación:			
¿QUIEN?	¿POR QUE?	¿CUANDO?	¿EN QUE CONDADO/ESTADO?
<b>FS ⑪ ¿Alguna persona que vive con usted compra alimentos y prepara las comidas por separado de las otras personas en el hogar?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Separate household eligible: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta es "SI", diga quién:			
<b>FS ⑫ ¿Alguna persona que vive con usted tiene 60 años de edad o más y no puede comprar alimentos ni preparar comidas por separado debido a una incapacidad/discapacidad?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Separate household eligible: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta es "SI", diga quién:			

<b>FS (13) A. ¿Le paga usted a otra persona por las comidas y/o un cuarto?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "SI", complete a continuación:						<b>SOLO PARA USO DEL CONDADO</b>		
NOMBRE DE LA PERSONA A LA QUE USTED LE PAGA		MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Ambos		¿CUANTO? \$	¿CON QUE FRECUENCIA?	NUMERO DE COMIDAS POR DIA	Household Elects BOARDER    HH MEMBER	ROOMER
<b>CA FS B. ¿Le paga alguien a usted por las comidas y/o un cuarto?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "SI", complete a continuación:								
NOMBRE DE LA PERSONA QUE LE PAGA A USTED		MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Ambos		¿CUANTO? \$	¿CON QUE FRECUENCIA?	NUMERO DE COMIDAS POR DIA		
<b>FS (14) ¿Recibe alguien alimentos de alguno de los siguientes programas?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <ul style="list-style-type: none"> <li>Comedor comunal para personas de edad avanzada o incapacitados/discapacitados</li> <li>Programa de distribución de alimentos operado por una reservación de indios (indígenas) de los EE. UU.</li> <li>Otro programa de alimentos</li> </ul>								
¿QUIEN?		NOMBRE DEL PROGRAMA		¿QUIEN?		NOMBRE DEL PROGRAMA		
<b>CA FS MC (15) A. ¿Vive alguien en alguno de los siguientes lugares?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "SI", complete a continuación:						<b>FS Eligible Institution:</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>refugio, centro</li> <li>reservación para indios (indígenas) de los EE.UU.</li> <li>hospital psiquiátrico/institución para enfermos mentales</li> <li>vivienda colectiva para incapacitados/discapacitados/ciegos</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>hospital o establecimiento de cuidado médico continuo no intenso</li> <li>vivienda subsidiada para personas de edad avanzada</li> <li>centro de rehabilitación para drogadictos o alcohólicos</li> <li>establecimiento donde se ofrece hospedaje y cuidado</li> <li>establecimiento penal/correccional</li> </ul>		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
¿QUIEN?		NOMBRE DEL CENTRO, REFUGIO, HOSPITAL, ETC.		FECHA DE INGRESO	FECHA EN QUE SE ESPERA QUE SALGA	<b>CA Eligible:</b>		
<b>MC B. ¿Tiene la persona que está en el hospital, o en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso, esposo(a) u otro pariente que viva en el hogar?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
<b>CA (16) Anote a los niños entre los 6 y 16 años de edad que no van a la escuela regularmente y explique el porqué.</b> <input type="checkbox"/> Ningún niño entre los 6 y 16 años de edad						<b>School Attendance Verified:</b>		
NOMBRE		MOTIVO POR EL CUAL NO VA A LA ESCUELA REGULARMENTE				<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
<b>CA FS MC (17) A. ¿Están algunas personas que tienen 14 años de edad o más matriculadas en una escuela, universidad (college), o programa de entrenamiento?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "SI", complete a continuación:						<b>School Enrollment Verif.:</b>		
NOMBRE		EDAD	NOMBRE DE LA ESCUELA/UNIVERSIDAD/PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO	MARQUE (✓), MATRICULADO <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	UNIDADES/HORAS POR SEMANA  FECHA EN QUE ESPERA GRADUARSE	¿ESTA TRABAJANDO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE		EDAD	NOMBRE DE LA ESCUELA/UNIVERSIDAD/PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO	MARQUE (✓), MATRICULADO <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	UNIDADES/HORAS POR SEMANA  FECHA EN QUE ESPERA GRADUARSE	¿ESTA TRABAJANDO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
<b>CA FS B. Complete a continuación en relación a todos los que están matriculados en una universidad o asistiendo a una institución educacional similar.</b>						<b>Expenses Verified:</b>		
NOMBRE		MARQUE (✓) PERIODO ACADEMICO <input type="checkbox"/> Semestre <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Trimestre	GASTOS DE MATRICULA POR PERIODO ACADEMICO \$	LIBROS, EQUIPO, ETC., POR PERIODO ACADEMICO \$		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
VIAJE DE IDA Y VUELTA A LA ESCUELA/LUGAR DE CUIDADO DE NIÑOS, POR DIA (MILLAS)		DIAS QUE ASISTE POR SEMANA		MEDIO DE TRANSPORTE QUE USA		<b>Date Verified:</b>		
GASTOS DE TRANSPORTE POR SEMANA \$		CANTIDAD QUE PAGAN LOS QUE VIAJAN EN EL MISMO VEHICULO \$		TRANSPORTE PUBLICO (AUTOBUS, ETC.) POR DIA \$		<b>Financial Aid:</b>		
<b>CA (18) A. ¿Tiene alguien menos de 20 años y está embarazada o es padre/madre adolescente?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "SI", complete a continuación:						<b>Referred to:</b>		
NOMBRE		EDAD	MARQUE (✓) LA SITUACION <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Padre/Madre adolescente			<input type="checkbox"/> Cal-Learn		
SITUACION EN RELACION A LA ESCUELA, MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Tiene GED (Certificado equivalente a graduación de la secundaria)						<input type="checkbox"/> CW 25		
<input type="checkbox"/> Tiene diploma de la secundaria (high school)		<input type="checkbox"/> No está asistiendo a la escuela regularmente (explique):		<input type="checkbox"/> Actualmente está asistiendo a la escuela regularmente		<input type="checkbox"/> Otra (explique):		<input type="checkbox"/> CW 25A
<b>B. ¿Alguna persona ha recibido una cantidad adicional o sanción, o ayuda para el cuidado de niños, transporte, etc., de Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria)?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "SI", complete a continuación:						<input type="checkbox"/> Referred to Welfare-to-Work		
NOMBRE		¿DONDE? (CONDADO)		FECHA(S) EN QUE SE RECIBIO				
<b>CA FS (19) ¿Está alguien en huelga?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "SI", complete a continuación:						<b>Striker Regs Apply:</b>		
NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTA EN HUELGA			NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR/PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO			<input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FS		
NOMBRE DE LA UNION (SINDICATO)								
FECHA EN QUE EMPEZO A ESTAR EN HUELGA			INGRESOS BRUTOS GANADOS MENSUALMENTE EN ESTE TRABAJO ANTES DE LA HUELGA \$					

<b>CA FS MC</b>	<b>(20)</b>	<b>¿Ha trabajado alguien, incluyendo a los niños, o espera trabajar, incluyendo trabajo de tiempo parcial o trabajo de vez en cuando? Marque (✓) "SI" o "NO" en cada pregunta. Si la respuesta es "SI", complete a continuación:</b> Durante los últimos 60 días, ¿alguien ha dejado de trabajar o ha rechazado un trabajo o entrenamiento? ¿Está alguien ahora trabajando o en entrenamiento? ¿Espera alguien trabajar o estar en entrenamiento en los siguientes dos meses?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SOLO PARA USO DEL CONDADO</b>
					(A) <input checked="" type="checkbox"/> if exempt FS S/E Farmer CA MC <input type="checkbox"/> FS Adult <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> FS Child
					(B) <input checked="" type="checkbox"/> if exempt FS S/E Farmer CA MC <input type="checkbox"/> FS Adult <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> FS Child
Si está empleado por cuenta propia: <b>Para estampillas para comida:</b> Anote sus gastos del negocio en un papel separado. <b>Para asistencia monetaria:</b> Marque (✓) cómo quiere que sus gastos del negocio se calculen cada mes: <input type="checkbox"/> estándar del 40% <input type="checkbox"/> gastos verdaderos <input type="checkbox"/> promedio mensual (los gastos anuales del negocio divididos entre 12 meses). <b>Si escoge los gastos verdaderos, usted tiene que anotar sus gastos del negocio en un papel separado.</b>					<input type="checkbox"/> Verif(s) on file for: <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)
					FS: Work history last 120 days <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)
<b>(A) NOMBRE</b> _____ <b>NUMERO DE HORAS DE TRABAJO/ ENTRENAMIENTO AL MES</b> _____ <b>NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR</b> _____ MES ANTERIOR _____ ESTE MES _____					(A) YES NO
<b>FECHAS DE PAGO</b> _____ <b>EMPLEADO POR CUENTA PROPIA</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>SALARIO ANTES DE LAS DEDUCCIONES</b> \$ _____ <b>FECHA EN QUE RECIBIO EL ULTIMO CHEQUE</b> _____ <b>¿RECIBIO O ESPERA RECIBIR PROPINAS O COMISIONES?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					Empl. Statement _____ Good Cause Determ _____ Voluntary Quit _____
<b>RAZON POR LA QUE DEJO EL TRABAJO/ENTRENAMIENTO</b> _____ <b>ULTIMO DIA DE TRABAJO/ ENTRENAMIENTO</b> _____ <b>SI MARCO "SI", COMPLETE A CONTINUACION:</b> CANTIDAD RECIBIDA \$ _____ CANTIDAD QUE ESPERA RECIBIR \$ _____					(A) <input type="checkbox"/> CA: 28 days (B) <input type="checkbox"/> CA: 28 days <input type="checkbox"/> FS: 60 days <input type="checkbox"/> FS: 60 days <input type="checkbox"/> MC: 30 days <input type="checkbox"/> MC: 30 days
<b>FECHA EN QUE ESPERA RECIBIR EL PROXIMO CHEQUE</b> _____ <b>CANTIDAD QUE ESPERA RECIBIR ANTES DE LAS DEDUCCIONES</b> \$ _____ <b>Ocupacion</b> _____					(B) YES NO
<b>(B) NOMBRE</b> _____ <b>NUMERO DE HORAS DE TRABAJO/ ENTRENAMIENTO AL MES</b> _____ <b>NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR</b> _____ MES ANTERIOR _____ ESTE MES _____					(B) YES NO
<b>FECHAS DE PAGO</b> _____ <b>EMPLEADO POR CUENTA PROPIA</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>SALARIO ANTES DE LAS DEDUCCIONES</b> \$ _____ <b>FECHA EN QUE RECIBIO EL ULTIMO CHEQUE</b> _____ <b>¿RECIBIO O ESPERA RECIBIR PROPINAS O COMISIONES?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					Empl. Statement _____ Good Cause Determ _____ Voluntary Quit _____
<b>RAZON POR LA QUE DEJO EL TRABAJO/ENTRENAMIENTO</b> _____ <b>ULTIMO DIA DE TRABAJO/ ENTRENAMIENTO</b> _____ <b>SI MARCO "SI", COMPLETE A CONTINUACION:</b> CANTIDAD RECIBIDA \$ _____ CANTIDAD QUE ESPERA RECIBIR \$ _____					CA: S/E Client Chooses: (A) (B) <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> 40% deduction <input type="checkbox"/> 40% deduction <input type="checkbox"/> Annualize <input type="checkbox"/> Annualize
<b>FECHA EN QUE ESPERA RECIBIR EL PROXIMO CHEQUE</b> _____ <b>CANTIDAD QUE ESPERA RECIBIR ANTES DE LAS DEDUCCIONES</b> \$ _____ <b>Ocupacion</b> _____					
<b>CA FS MC</b>	<b>(21)</b>	<b>A. ¿Paga alguien por el cuidado de un niño, de un adulto incapacitado/discapacitado o de otra persona a su cargo para poder trabajar, ir a la escuela, o buscar trabajo? Si la respuesta es "SI", complete a continuación y marque (✓) trabajo o entrenamiento.</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<b>Child Care Informing:</b> <input type="checkbox"/> Trustline Informing (CCP 2) <input type="checkbox"/> Health & Safety Certification (CCP 5) <input type="checkbox"/> Dependent Care Verified
<b>¿QUIEN RECIBE EL CUIDADO?</b> _____ <b>¿QUIEN PAGA?</b> _____ <b>¿QUIEN OFRECE EL CUIDADO?</b> <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> ENTRENAMIENTO <b>CANTIDAD/¿CON QUE FRECUENCIA?</b> \$ _____ CADA _____					DEP. CARE ELIGIBLE YES NO FS _____ MC _____
<b>¿QUIEN RECIBE EL CUIDADO?</b> _____ <b>¿QUIEN PAGA?</b> _____ <b>¿QUIEN OFRECE EL CUIDADO?</b> <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> ENTRENAMIENTO <b>CANTIDAD/¿CON QUE FRECUENCIA?</b> \$ _____ CADA _____					Is there another person in household who could provide care? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>CA FS MC</b>	<b>B.</b>	<b>¿Alguna otra persona paga todos o parte de los gastos del cuidado de sus niños? Incluya los gastos pagados por un pariente o amigo que no viva en el hogar, el Departamento de Educación, una subvención global (Block Grant), etc. Si la respuesta es "SI", complete a continuación:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			If "YES", who: _____
<b>NOMBRE DEL NIÑO</b> _____ <b>¿QUIEN PAGA?</b> _____ <b>CANTIDAD PAGADA MENSUALMENTE</b> \$ _____ <b>¿QUIEN MAS PAGA?</b> _____ <b>CANTIDAD PAGADA MENSUALMENTE</b> \$ _____					
<b>NOMBRE DEL NIÑO</b> _____ <b>¿QUIEN PAGA?</b> _____ <b>CANTIDAD PAGADA MENSUALMENTE</b> \$ _____ <b>¿QUIEN MAS PAGA?</b> _____ <b>CANTIDAD PAGADA MENSUALMENTE</b> \$ _____					
<b>FS MC</b>	<b>(22)</b>	<b>¿Alguien paga mantenimiento de hijos/esposa(o)? Si la respuesta es "SI", complete a continuación:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Court Order on File <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Amount Ordered: \$ _____
<b>¿QUIEN PAGA?</b> _____ <b>¿PARA QUIEN?</b> _____ <b>CANTIDAD POR MES</b> \$ _____					
<b>CA FS MC</b>	<b>(23)</b>	<b>¿Alguien, incluyendo a los niños, solicitó o recibió beneficios del seguro contra desempleo o incapacidad/discapacidad durante los últimos 12 meses O espera recibir estos beneficios en el futuro? Si la respuesta es "SI", complete a continuación:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
<b>NOMBRE</b> _____ <b>FECHA DE SOLICITUD</b> _____ <b>¿DONDE? (CONDADO/ESTADO)</b> _____ <b>FECHA EN QUE SE RECIBIERON POR ULTIMA VEZ</b> _____					
<b>NOMBRE</b> _____ <b>FECHA DE SOLICITUD</b> _____ <b>¿DONDE? (CONDADO/ESTADO)</b> _____ <b>FECHA EN QUE SE RECIBIERON POR ULTIMA VEZ</b> _____					
<b>CA</b>	<b>(24)</b>	<b>¿Alguien recibió de algún condado u otro estado un pago/servicios para evitar la necesidad de asistencia a largo plazo (diversion payment/servives)? Si la respuesta es "SI", complete a continuación:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
<b>NOMBRE DE LA PERSONA</b> _____ <b>CONDADO/ESTADO</b> _____ <b>CANTIDAD RECIBIDA</b> \$ _____ <b>ANOTE LOS SERVICIOS RECIBIDOS</b> _____ <b>VALOR APROXIMADO DE LOS SERVICIOS</b> \$ _____ <b>FECHA EN QUE SE RECIBIERON</b> _____					

**CA FS** **(25)** Durante los últimos 24 meses, ¿ha estado trabajando o en entrenamiento algún padre/madre que vive en el hogar? Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente:  
 • Incluya todo el trabajo que ha hecho dentro y fuera de los Estados Unidos (EE. UU.).  
 • Incluya trabajo que ha hecho a cambio de otra cosa que no es dinero, como renta, comida, servicios públicos y municipales o **cualquier otra cosa**.  
 • Empezar con el trabajo o entrenamiento más reciente de cada persona.

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**  
 PE/UIB Requirements  
 Earnings from month prior to month of application  
 App Date: \_\_\_\_\_  
 Earnings from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

**A. NOMBRE** ¿ES EL O ELLA UN INDIO (INDIGENA) DE LOS EE. UU.?  SI  NO  
 SI LA RESPUESTA ES "SI", ANOTE LA TRIBU: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del empleador o programa de entrenamiento Marque (✓) si es trabajo o entrenamiento	Fecha de empleo MES DIA AÑO De A	Cantidad que se le pagó	Nombre y dirección del empleador o programa de entrenamiento Marque (✓) si es trabajo o entrenamiento	Fecha de empleo MES DIA AÑO De A	Cantidad que se le pagó
1. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	4. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes
2. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	5. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes
3. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	6. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes

MO/YR (25) A (25) B  
 \$ \$

**B. NOMBRE** ¿ES EL O ELLA UN INDIO (INDIGENA) DE LOS EE. UU.?  SI  NO  
 SI SU RESPUESTA ES "SI", ANOTE LA TRIBU: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del empleador o programa de entrenamiento Marque (✓) si es trabajo o entrenamiento	Fecha de empleo MES DIA AÑO De A	Cantidad que se le pagó	Nombre y dirección del empleador o programa de entrenamiento Marque (✓) si es trabajo o entrenamiento	Fecha de empleo MES DIA AÑO De A	Cantidad que se le pagó
1. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	4. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes
2. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	5. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes
3. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	6. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes

**FS** **(26)** ¿Son ciudadanos de los EE. UU. todos los miembros del grupo para fines de estampillas para comida? Si la respuesta es "NO", complete a continuación para cada uno de los miembros del grupo que no es ciudadano de los EE. UU.  SI  NO

Nombre de cada una de las personas que no es ciudadana de los EE. UU.	A. ¿Cuál es el total de años que han vivido en los EE. UU. esta persona, su esposa(o), y/o sus padres (antes de que esta persona cumpliera los 18 años)?	B. Mientras que vivían en los EE. UU., ¿durante cuántos años de los que se reportaron en la columna "A", ganaron dinero trabajando en los EE. UU. esta persona, su esposa(o), y/o sus padres (antes de que esta persona cumpliera los 18 años)?	C. Mientras que vivían fuera de los EE. UU., ¿cuál es el total de años que esta persona, su esposa(o), y/o sus padres (antes de que esta persona cumpliera los 18 años) trabajaron en los EE. UU.?
1.			
2.			
3.			
4.			

TOTAL \$ \$  
 (25) A B

**CA FS MC** **(27)** ¿Alguien ha estado en el servicio militar de los EE. UU. o es la esposa(o), padre/madre, o hijo de una persona que ha estado en el servicio militar? Si la respuesta es "SI", complete a continuación:  SI  NO

NOMBRE	¿CIUDADANO DE LOS EE. UU.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	MARQUE (✓) LA SITUACION <input type="checkbox"/> SERVICIO MILITAR ACTIVO/VETERANO <input type="checkbox"/> ESPOSA(O), PADRE/MADRE O HIJO DE UNA PERSONA EN SERVICIO MILITAR ACTIVO/VETERANO	SEPARACION HONORABLE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RAMA DEL SERVICIO MILITAR	FECHAS DE SERVICIO
NOMBRE	¿CIUDADANO DE LOS EE. UU.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	MARQUE (✓) LA SITUACION <input type="checkbox"/> SERVICIO MILITAR ACTIVO/VETERANO <input type="checkbox"/> ESPOSA(O), PADRE/MADRE O HIJO DE UNA PERSONA EN SERVICIO MILITAR ACTIVO/VETERANO	SEPARACION HONORABLE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RAMA DEL SERVICIO MILITAR	FECHAS DE SERVICIO

Tribal JOBS Referral  
 UIB Verif(s) on file  
 Must apply for UIB  
 Currently Receiving/Got/ or UIB eligible in last 12 months  
 UIB Ineligible Reason:

**(26)**  
 FS:  40 Quarters Verif.

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

PRINCIPAL EARNER (PE) *	DATE OF APPLICATION	QUARTER OF APPLICATION
-------------------------	---------------------	------------------------

\*Principal Earner — the parent who earned the most income in the last 24 months prior to the month of application.

**(27)**  
 CW 5  
 FS: Noncitizen's Honorable Discharge Verif.  
 YES  NO

**CA (28) A. ¿Recibe alguien, incluyendo a los niños, o espera recibir dinero de alguna de las fuentes mencionadas a continuación? Marque (✓) "SI" o "NO" para cada una.**

	SI	NO		SI	NO
Programa de empleo para estudiantes ( <i>work study</i> ), Decreto sobre la Participación en Entrenamiento para Empleo (JTPA), Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo ( <i>Welfare to Work</i> ) u otro programa			Ingresos relacionados a la educación provenientes de la Administración de Beneficios para Veteranos (VA)		
Otra asignación por entrenamiento			Asistencia y cuidado de la VA		
Becas, subvenciones y préstamos educacionales			Beneficios del Seguro Social por incapacidad/discapacidad o Ingresos Suplementales de Seguridad/ Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)		
Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs)/asistencia monetaria de otro estado			Beneficios de la VA por incapacidad/discapacidad para empleados del ferrocarril		
Asistencia para Refugiados (RCA)			Otros ingresos por incapacidad/discapacidad provenientes de una oficina del gobierno federal, estatal o local		
Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI)			Otros beneficios por incapacidad/discapacidad o ausencia debido a enfermedad no provenientes del gobierno		
Asistencia/Ayuda General (GA/GR)			Beneficios del Seguro Social por jubilación o para sobrevivientes		
Compensación por lesiones de trabajo			Beneficios de jubilación para empleados del ferrocarril		
Mantenimiento de niños/esposa(o) o dinero para cuentas o primas médicas			Otros ingresos de jubilación provenientes de una oficina del gobierno federal, estatal o local		
Beneficios de huelga			Otros beneficios de jubilación no provenientes del gobierno		
Préstamos, regalos, contribuciones			Pagos per cápita		
Pagos recibidos por convenios legales o convenios con compañías de seguros/ acciones pendientes en la corte			Ganancias (juegos por dinero, lotería, bingo, premios, etc.)		
Venta de pagarés, contratos, escrituras de fideicomiso, letras de cambio			Otra (explique)		
Beneficios relacionados al servicio militar, asignación o pensión militar					

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

Casualty Unit Notified  
 CWC 6041  
 DHS 6155  
 Verif(s) on File  
 Explain Anticip. Income  
 Workers Comp:  
 Temporary  Permanent

Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO RECIBE	FUENTE	CANTIDAD RECIBIDA (ANTES DE CUALQUIER DEDUCCION)	¿CUANDO?	FRECUENCIA
		\$		
		\$		

(✓) if exempt

CA	FS	MC

**CA B. ¿Espera alguien un cambio en la cantidad de dinero que recibe actualmente, tal como un aumento por el costo de vida?  SI  NO**

Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

NOMBRE	TIPO DE CAMBIO QUE ESPERA	CANTIDAD	¿CUANDO?
		\$	

**CA (29) ¿Recibe alguien vivienda o alquiler (renta), servicios públicos y municipales, comida, o ropa gratis o a cambio de trabajo?  SI  NO**

Si la respuesta es "SI", complete a continuación y marque (✓) si es gratis o por trabajo:

¿QUE RECIBE?	Gratis	Por trabajo	¿QUIEN LO RECIBE?	VALOR	¿QUIEN LO PROPORCIONA?
Vivienda o alquiler				\$	
Servicios públicos y municipales				\$	
Comida				\$	
Ropa				\$	

In-Kind Income:

Verif. on file:  YES  NO

Partial	Full	Earned	Unearned

**CA (30) A. ¿Es alguien dueño de o está pagando bienes raíces, tales como terrenos y/o edificios en cualquier lugar, incluyendo fuera de los EE. UU.?  SI  NO**

Si la respuesta es "SI", complete a continuación. Incluya terrenos y/o edificios en los que comparta el título de propiedad.

CLASE (TERRENO, CONDOMINIO, APARTAMENTO, CASA)	¿COMO USA ESTA PROPIEDAD? MARQUE (✓)	SI	NO	DUEÑOS	DIRECCION O UBICACION	CANTIDAD QUE SE DEBE	INGRESOS PROVENIENTES DE LA RENTA
	VIVE EN ELLA					\$	\$
	RENTA LA PROPIEDAD						
	OTRO (EXPLIQUE):						
	VIVE EN ELLA					\$	\$
	RENTA LA PROPIEDAD						
	OTRO (EXPLIQUE):						

Home Exempt  YES  NO  
 Other Real Property  
 Market Value \$  
 Amount Owed \$  
 Net Value \$  
 Lien Applicable  YES  NO  
 Listed for sale  YES  NO

Home Exempt  YES  NO  
 Other Real Property  
 Market Value \$  
 Amount Owed \$  
 Net Value \$  
 Lien Applicable  YES  NO  
 Listed for sale  YES  NO

**CA B. ¿Es alguien dueño de una casa en la que no vive nadie ahora y a la que espera regresar algún día?  SI  NO**

Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

DUEÑO DE LA PROPIEDAD	DIRECCION DE LA PROPIEDAD	FECHA EN QUE ESPERA REGRESAR (SI LA SABE)

Total countable property: Page 7 (List totals on page 9)

CA \$  
 FS \$  
 MC \$

**CA FS MC 31 A. ¿Tiene alguien, incluyendo a los niños, alguno de los siguientes recursos personales o de negocios?** Marque (✓) "SI" o "NO" para cada uno.  
 Incluya todos los recursos de los que sea dueño, use, controle, comparta o tenga título de propiedad compartida (aunque sólo sea por comodidad). El condado determinará si estos recursos cuentan.

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

	SI	NO		SI	NO
Dinero en efectivo (en su posesión o en otro lugar)			Fondos de fideicomiso (estén o no a la disposición)		
Cheques que no ha cambiado (en su posesión o en otro lugar)			Pagarés, hipotecas, escrituras de fideicomiso, contratos de venta, etc.		
Cuentas de ahorro - de niños y adultos			IRA (cuentas individuales de jubilación) o planes de Keogh, etc.		
Cuentas de cheques - se usen o no			Fondos de jubilación que están a su disposición si deja de trabajar (como PERS*, etc.)		
Cuentas de la unión de crédito			Planes de compensación de empleados aplazada voluntariamente para su inversión		
Acciones, bonos, certificados de depósito, cuentas de inversión, etc.			Seguros de vida o pensiones		
Derechos de petróleo, minería o minerales			Derecho de herencia en vida sobre alguna propiedad		
Fideicomisos o contratos de entierro, seguros, fondos designados para el entierro/dinero para el lugar de la sepultura en un cementerio, ataúdes u otros artículos relacionados al entierro			Seguro para el cuidado a largo plazo		
Devoluciones de impuestos sobre los ingresos			Saldo del mes anterior en la cuenta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) de asistencia monetaria		
			Otro (explique)		

Trust Fund/Not Court Ordered

Court Petitioned Date \_\_\_\_\_

Resource Verified: Explain how: \_\_\_\_\_

Total Value = \$ \_\_\_\_\_

Burial Reserve or Trust (MCO) Amount Owed \$ \_\_\_\_\_

Revocable

Irrevocable

Designated Fund and Current Value \$ \_\_\_\_\_

CA Restricted Account

**SI LA RESPUESTA ES "SI", COMPLETE A CONTINUACION**

CLASE DE RECURSO	¿RELACIONADO A UN NEGOCIO?	DUEÑO	CUENTA/ NUMERO DE POLIZA	NOMBRE Y DIRECCION DEL BANCO, ETC.	VALOR ACTUAL
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				\$ _____
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				\$ _____
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				\$ _____

Check (✓) if exempt

CA	FS	MC

**CA FS MC B. ¿Recibe alguien o espera recibir dinero de alguno de los recursos anteriores, como intereses, dividendos, etc.?**  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

¿QUIEN?	FUENTE DEL DINERO	CANTIDAD	FRECUENCIA	¿RELACIONADO A UN NEGOCIO?
		\$ _____		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		\$ _____		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**MC 32 ¿Hay algún gravamen registrado o ha firmado algún convenio de garantía con un doctor, clínica, u hospital contra cualquier propiedad de la que usted o un miembro de su familia sea dueño, que se use como garantía para recibir servicios para el cuidado de la salud?** Si la respuesta es "SI", complete a continuación:  SI  NO

GRAVAMEN O CANTIDAD GARANTIZADA	CLASE Y UBICACION DE LA PROPIEDAD	FECHA Y CLASE DE CUIDADO MEDICO RECIBIDO/POR RECIBIR	NOMBRE DEL PROVEEDOR
\$ _____			
\$ _____			

Verified:  YES  NO

Lien Applicable:  YES  NO

Security Agreement:  YES  NO

MC 174 completed and sent:  YES  NO

**MC 33 A. ¿Tiene alguien bienes personales? Por ejemplo:**  SI  NO

- Lanchas que no son de motor, cubiertas para camioneta (camper shells), remolques (trailers) que no son de motor.
- Pistolas, herramientas, equipo de deporte, etc.
- Animales domésticos (mascotas), ganado para uso personal.
- Joyas, obras de arte, antigüedades, colecciones, cámaras, equipo musical (pianos, guitarras, amplificadores, etc.).

Si la respuesta es "SI", complete a continuación: No incluya anillos de boda o de compromiso, ni objetos heredados de valor económico o sentimental especial. Anote joyas con un valor de más de \$100 dólares y artículos del hogar o artículos personales con un valor de más de \$500 dólares cada uno.

ARTICULO	¿ESTA A LA VENTA?	PRECIO DE COMPRA O VALOR ACTUAL	CANTIDAD QUE SE DEBE	ARTICULO	¿ESTA A LA VENTA?	PRECIO DE COMPRA O VALOR ACTUAL	CANTIDAD QUE SE DEBE
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	\$ _____		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	\$ _____
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	\$ _____		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	\$ _____

Owned Jointly

Owned Separately

Personal Property \$500 + for Pickle Program

Insignificant Value for 1931(b)

Listed for sale (Specify): \_\_\_\_\_

**MC B. ¿Tiene alguien bienes de negocio, incluyendo herramientas, inventario y materiales, equipo de negocios, ganado, etc.?** Incluya cualquier bien que se comparte o que tiene título de propiedad compartida con otras personas. Si la respuesta es "SI", complete a continuación:  SI  NO

ARTICULO	¿ESTA A LA VENTA?	PRECIO DE COMPRA O VALOR ACTUAL	CANTIDAD QUE SE DEBE	ARTICULO	¿ESTA A LA VENTA?	PRECIO DE COMPRA O VALOR ACTUAL	CANTIDAD QUE SE DEBE
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	\$ _____		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	\$ _____
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	\$ _____		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	\$ _____

Total Countable Property: Page 8 (List totals on Page 9)

CA \$ \_\_\_\_\_

FS \$ \_\_\_\_\_

MC \$ \_\_\_\_\_

Listed for sale (Specify): \_\_\_\_\_

CA MC **34** ¿Alguien ha vendido, gastado, cambiado, transferido, o regalado algún bien inmueble tal como una casa o un terreno; o bienes personales tales como dinero, automóviles, cuentas bancarias, dinero recibido por convenio legal o con una compañía de seguros contra accidentes, o cualquier otra cosa?  SI  NO  
 (Para asistencia monetaria, anote cualquier bien vendido o cambiado durante los últimos doce meses; para el Programa de Estampillas para Comida, durante los últimos 3 meses; y para Medi-Cal, durante los últimos dos años y medio [30 meses].)  
 Si la respuesta es "SI", explique qué y cuándo:

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

Transfer of Assets:  
 CA in last 12 months  
 FS in last 3 months  
  
 LTC ONLY  
 Adequate Consideration  
 Spenddown  
 Total Nonexempt Property

CA FS MC **35** ¿Es alguien dueño, usa, o tiene su nombre incluido en el registro de cualquier vehículo motorizado aunque no funcione? Por ejemplo, un automóvil, motocicleta, vehículo automotor para viajar sobre la nieve (snowmobile), vehículo recreacional, lancha de motor, etc.  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación. Revise su registro para obtener información sobre cada vehículo:

Compute Vehicle Valuation in Section Below:  
 Verifications viewed  
 Leased vehicle:  
 (1)  (2)  (3)  
 Pickle Program:  
 Use Pickle Handbook (Reference Section 9)

	VEHICULO (1)		VEHICULO (2)		VEHICULO (3)	
DUEÑO DEL VEHICULO						
NOMBRE DE LA PERSONA QUE USA EL VEHICULO						
AÑO/MARCA/MODELO						
NUMERO DE PLACA						
VALOR APROXIMADO	\$		\$		\$	
SALDO QUE SE DEBE	\$		\$		\$	
¿REGISTRADO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿ARRENDADO CON LA OPCION DE COMPRA (LEASED)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿PARA QUE USA EL VEHICULO? Marque (✓) "SI" O "NO" para cada uno:	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Como hogar						
Para ir al trabajo o entrenamiento, o para buscar trabajo						
Para trabajar por cuenta propia, para mantenerse a sí mismo, o para un negocio						
Se necesita para un miembro del hogar incapacitado/discapacitado						
Para obtener el combustible o agua para el hogar						
Sólo para uso recreacional						

Vehicle Value  
 (Enter Date of blue book issue or other documentation)  
 (1) Date: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 (2) Date: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 (3) Date: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DEL CONDADO VEHICLES**

CASH AID/FOOD STAMPS	VEHICLE (1)		VEHICLE (2)		VEHICLE (3)	
(A) Is vehicle a home, income producing, primary transportation to get fuel/water, or used for a disabled household member? (63-501.521)	<input type="checkbox"/> YES (Exclude)	<input type="checkbox"/> NO Go to (B).	<input type="checkbox"/> YES (Exclude)	<input type="checkbox"/> NO Go to (B).	<input type="checkbox"/> YES (Exclude)	<input type="checkbox"/> NO Go to (B).
(B) (1) Equity: exempt one vehicle, regardless of use. (63-501.523) [If "YES", go to (C). If "NO", go to (B)(2).] (2) Is other vehicle(s) used for job search, employment or training?	<input type="checkbox"/> YES Go to (C).	<input type="checkbox"/> NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	<input type="checkbox"/> YES Go to (C).	<input type="checkbox"/> NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	<input type="checkbox"/> YES Go to (C).	<input type="checkbox"/> NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.

(C) Fair Market Values-CA/FS			
FMV			
Minus	Minus \$4,650	Minus \$4,650	Minus \$4,650
Excess Value			
(D) Equity Values-CA/FS			
FMV			
Minus Encumbrance			
Equity Value			

MEDI-CAL			
	(1)	(2)	(3)
DMV/YR/Class Code	_____	_____	\$ _____
Vehicle Market Value	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Less Encumbrances	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Net Value	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Exempt	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

TOTALS: VEHICLE	CA/FS
Excess Value	\$ _____
Equity Value	\$ _____

Pickle Program (Ref. Sec. 9 in Pickle Handbook): Is vehicle used:	(1)	(2)	(3)
	Exempt	Yes No	Yes No
As a home			
For self-employment			
To Go to Work or Medical Appointment			

Grand Total Countable Property (List totals from pages 7, 8, and 9)			
Page	CA	FS	MC
(9)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(8)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Total	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**CA FS** **36** A. **¿Alguien tiene algún gasto de vivienda?**  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

COSTOS DE VIVIENDA	COSTO TOTAL	¿CUANTO PAGA USTED?	¿CUANTO PAGAN OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA/DEL GRUPO?	FRECUENCIA DE LOS COBROS
Alquiler (renta)	\$	\$	\$	
Pago de la casa (hipoteca)	\$	\$	\$	
Impuestos sobre la propiedad (si no están incluidos en el pago de la casa)	\$	\$	\$	
Seguro (si no está incluido en el pago de la casa)	\$	\$	\$	
Otro (explique)	\$	\$	\$	

Housing verified:  YES  NO

Total housing: \$ \_\_\_\_\_

Shared housing:  YES  NO

**CA FS** B. **¿Paga otra persona todos o parte de estos gastos de vivienda? Incluya a cualquier pariente o amigo que no viva en el hogar, programa de asistencia para pagar el alquiler, como HUD\*, el programa de vivienda subsidiada para personas de bajos ingresos conocido como "Sección 8", etc.**  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

CLASE DE VIVIENDA	¿QUIEN PAGA?	¿CUANTO PAGA CADA UNO?	FRECUENCIA DE LOS COBROS
		\$	
		\$	

**FS** **37** A. **¿Alguien tiene gastos de servicios públicos y municipales?**  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

COSTOS DE SERVICIOS PUBLICOS Y MUNICIPALES	COSTO TOTAL	¿CUANTO PAGA USTED?	¿CUANTO PAGAN OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA/DEL GRUPO?	FRECUENCIA DE LOS COBROS
Gas u otro combustible	\$	\$	\$	
Electricidad u otro combustible	\$	\$	\$	
¿Se usa el gas, la electricidad, u otro combustible para calentar o enfriar su casa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Agua	\$	\$	\$	
Alcantarillado	\$	\$	\$	
Basura	\$	\$	\$	
Teléfono (tarifa básica para un teléfono más impuestos)	\$	\$	\$	
Instalación de los servicios públicos y municipales	\$	\$	\$	
Otro (explique)	\$	\$	\$	

Utilities verified:  YES  NO

Metered:  YES  NO

Client elects  
 Actual  
 If Actual, Total Utilities \$ \_\_\_\_\_  
 SUA  
 SUA prorated:  YES  NO

**FS** B. **¿Alguien más paga todos o parte de estos gastos para servicios públicos y municipales? Incluya a cualquier amigo o pariente que no viva en el hogar, la Asistencia para Pagar Gastos de Energía para Personas de Bajos Ingresos, etc.**  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

CLASE DE SERVICIO PUBLICO Y MUNICIPAL	¿QUIEN PAGA?	¿CUANTO PAGA CADA UNO?	FRECUENCIA DE LOS COBROS
		\$	
		\$	

**FS** **38** **Puede autorizar a alguna otra persona, sin importar si es o no un miembro de su grupo, para que recoja sus estampillas para comida o para que las use para comprar alimentos por usted. Si le gustaría autorizar a alguien, complete a continuación:**  F.S. I.D. Issued

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	DIRECCION	TELEFONO
		( )

CA 39 En este mes o durante los tres meses anteriores a éste ¿recibió alguien tratamiento médico o tratamiento para embarazo?  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBIO EL CUIDADO	MESES DE CUIDADO	¿PAGOS HECHOS PARA EL CUIDADO?		¿QUIERE MEDI-CAL PARA ESOS MESES?	
		SI	NO	SI	NO

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

Retroactive Application

- Retro Only  
 Retro and Cont.  
 MC 210A

CA 40 ¿Tiene alguien cobertura del seguro médico federal conocido como MEDICARE?  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

PERSONA CUBIERTA	NUMERO DE RECLAMACION DE MEDICARE	MARQUE (✓) COMO PAGA LA PRIMA MENSUAL			
		PARA	DEDUCIDA DEL CHEQUE	PAGADA POR USTED	OTRA
		Parte A			
		Parte B			
		Parte A			
		Parte B			

MEDICARE referral

- FS:  DFA 285-C  
 Gross Premium \$ \_\_\_\_\_  
 QMB  
 SLMB/QI  
 QDWI

CA 41 ¿Tiene alguien seguro de salud, dental, para la vista, de hospitalización o de cuidado a largo plazo o es miembro de un plan para el cuidado de la salud, como Kaiser, Blue Cross, CHAMPUS\*, etc.?  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

COMPANIA DE SEGUROS	PERSONA ASEGURADA	FECHA EN QUE SE VENCE	CANTIDAD DE LA PRIMA	FRECUENCIA DEL PAGO
			\$	
			\$	

State Certified LTC Policy:  YES  NO

DHS 6155

Benefits Paid Out \$ \_\_\_\_\_

CA 42 ¿Tiene alguien un seguro de salud que no haya solicitado pero que está a la disposición a través de padres, patrón o padre/madre ausente?  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

COMPANIA DE SEGUROS	PERSONA POR ASEGURARSE	CANTIDAD DE LA PRIMA	FRECUENCIA DEL PAGO
		\$	
		\$	

DHS 6155

CA 43 ¿Se espera que termine el seguro de salud de alguien o ha terminado durante los últimos 60 días?  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

COMPANIA DE SEGUROS	PERSONA ASEGURADA	FECHA EN QUE SE VENCE	CANTIDAD DE LA PRIMA	FRECUENCIA DEL PAGO
			\$	
			\$	

DHS 6155

CA 44 ¿Tiene alguien una incapacidad/discapacidad causada por una lesión o accidente que le dificulte trabajar o atender sus propias necesidades?  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

NOMBRE DE LA PERSONA	CLASE DE PROBLEMA	FECHA EN QUE EMPEZO EL PROBLEMA	FECHA EN QUE SE ESPERA QUE SE RECUPERE

Third Party Liability

CA 45 A. ¿Tiene alguien un problema médico o se encuentra en una situación que requiera algo de lo siguiente? Marque (✓) "SI" o "NO" para cada uno:

	SI	NO		SI	NO
Dieta especial—recetada por un médico			Uso muy alto de los servicios públicos y municipales		
Necesidad especial de transporte			Servicio especial de lavandería		
Teléfono u otro equipo especial			Otro (especifique):		
Tareas domésticas (nadie del hogar puede hacerlas)					

Verified:  YES  NO

Special Need:  YES  NO

Amount: \$ \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "SI", explique:

CA 45 B. ¿Hay en el hogar un niño o alguna persona incapacitada/discapacitada que necesite el cuidado de algún otro miembro del hogar?  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", explique:

CA 45 C. ¿Es alguien una persona incapacitada/discapacitada que esté trabajando y que tenga gastos médicos necesarios para poder trabajar, tales como una silla de ruedas, etc.? Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

NOMBRE DE LA PERSONA	CLASE DE GASTOS	CANTIDAD
		\$
		\$

- Receipts  
 MC 272  MC 273

IRWE (QMB and SGA)

FS:  DFA 285-C

CA 45 D. ¿Está alguien recibiendo IHSS (Servicios de Casa y Cuidado Personal)?  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto paga cada mes? \$ \_\_\_\_\_

<b>CA (46) ¿Quiere el hogar solicitar un pago por necesidad especial para vivienda o artículos domésticos esenciales perdidos o dañados debido a circunstancias inesperadas y poco comunes, como un terremoto, incendio, o inundación?</b> Si la respuesta es "SI", explique a continuación:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>SOLO PARA USO DEL CONDADO</b>						
			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;">Special Need Verified</td> <td style="width:10%; text-align: center;">YES</td> <td style="width:10%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>Eligible for Special Need</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Special Need Verified	YES	NO	Eligible for Special Need		
Special Need Verified	YES	NO							
Eligible for Special Need									

<b>CA (47) ¿Algún miembro del hogar se está escondiendo o está huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, detención o encierro por ser declarado culpable de un delito mayor (felony), o está violando su libertad condicional (parole o probation)?</b> Si la respuesta es "SI", anote el nombre de la persona:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
---	-----------------------------	-----------------------------	--

<b>CA (48) ¿Se le ha declarado culpable a algún miembro del hogar de un delito mayor (felony) relacionado con las drogas por tener, usar, o distribuir sustancias controladas? Proporcione información en relación a lo siguiente: para la asistencia monetaria, si se le declaró culpable en o después del 1º de enero de 1998; y para las estampillas para comida, delitos que sucedieron, o si se le declaró culpable, en o después del 22 de agosto de 1996.</b> Si la respuesta es "SI", complete a continuación:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
--	-----------------------------	-----------------------------	--

NOMBRE DE LA PERSONA DECLARADA CULPABLE	FECHA EN QUE SE LE DECLARO CULPABLE	FECHA EN QUE SE COMETIO EL DELITO
---	-------------------------------------	-----------------------------------

<b>CA (49) Los siguientes servicios están a la disposición. Sus respuestas a las siguientes preguntas no afectarán su elegibilidad. Marque (✓) "SI" o "NO" para cada una.</b>	SI	NO	
A. Los reconocimientos o exámenes médicos regulares para ayudar a proteger la salud de su familia están a la disposición, si se piden, a través de CHDP (Programa de Salud y Prevención de Incapacidad/Discapacidad para Niños y Adolescentes) para los miembros de su familia menores de 21 años de edad que reúnan los requisitos.			<input type="checkbox"/> CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Quiere más información acerca de los servicios de CHDP? .....</li> <li>• ¿Quiere servicios médicos de CHDP? .....</li> <li>• ¿Quiere servicios dentales de CHDP? .....</li> <li>• ¿Necesita ayuda para hacer citas o con el transporte para recibir servicios de CHDP? .....</li> </ul>			<input type="checkbox"/> CHDP Referral  <input type="checkbox"/> Social Services Referral (MCO)
B. ¿Desea más información acerca de los servicios de inmunización (vacunas)?			<input type="checkbox"/> Referred for Immuniz.
C. Si está embarazada, puede recibir ayuda para encontrar a un doctor, para obtener alimentos saludables, y más. ¿Quiere hablar con alguien acerca de esta ayuda?			<input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5
D. ¿Está amamantando (dándole pecho) a un niño? ..... Si la respuesta es "SI", ¿ha dado a luz en los últimos 12 meses? ..... Si ha contestado "SI" a (49) C o D, es posible que reúna los requisitos para recibir servicios de WIC (Programa de Nutrición Suplemental Especial para Mujeres, Bebés, y Niños ).			<input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum  <input type="checkbox"/> WIC referral
E. ¿Quiere usted o algún miembro de la familia servicios de planificación familiar gratuitos o de bajo costo para ayudar a planear cómo evitar embarazos no planeados y/o cuándo tener el siguiente bebé? Si la respuesta es "SI", llame a su plan de cuidado de la salud o a su doctor usual. O para obtener información sobre clínicas confidenciales de planificación familiar y la ubicación de esas clínicas, llame gratuitamente al 1-800-942-1054.			<input type="checkbox"/> Family Planning Information Given <input type="checkbox"/> Referred Date:

## CERTIFICACION

### Entiendo que:

- Cualquier información que haya dado, incluyendo los datos sobre beneficios e ingresos, se comparará con los expedientes locales, estatales y federales, tales como los de los empleadores, la Administración del Seguro Social, las oficinas de impuestos, bienestar público, desempleo, escuelas a las que asiste, etc. Y para la asistencia monetaria y estampillas para comida, los expedientes se compararán con los de las oficinas encargadas de hacer cumplir la ley para ver si hay órdenes de arresto.
- Es posible que los empleados del condado y del gobierno estatal o federal revisen y verifiquen toda la información que haya dado, incluyendo los datos sobre beneficios e ingresos, y si he dado información incorrecta, es posible que se me nieguen o descontinúen la asistencia monetaria, estampillas para comida y Medi-Cal.
- Es posible que se escoja mi caso para revisarlo y asegurar que mi elegibilidad se determinó correctamente, y yo tengo que cooperar por completo con los empleados del condado o del gobierno estatal o federal en cualquier investigación o revisión, incluyendo una revisión de control de calidad.
- El condado le enviará al INS (Servicio de Inmigración y Naturalización) información para verificar la situación migratoria, y es posible que la información que el condado obtenga del INS afecte mi elegibilidad para asistencia monetaria, estampillas para comida y Medi-Cal completo. Pero el condado no le enviará información al INS si solamente solicito Medi-Cal Y no soy (a) un LPR (inmigrante con residencia permanente legal en los EE. UU.), (b) un inmigrante bajo amnistía con una tarjeta I-688 válida y actual, ni (c) una persona que no es ciudadana con residencia permanente en los EE. UU. a discreción gubernamental (PRUCOL).
- Tengo que solicitar y mantener cualquier cobertura de seguro de salud disponible si es que no tengo que pagar por ella; si no lo hago, mis beneficios de Medi-Cal se negarán o se suspenderán.
- Se requerirá que yo u otros miembros de la familia reembolsemos cualquier cantidad de asistencia monetaria que yo no debería haber recibido.
- Es posible que se le requiera al grupo para fines de estampillas para comida, a cualquier miembro adulto del mencionado grupo (aunque él o ella se mude), al patrocinador de un miembro del grupo que no es ciudadano o al representante autorizado de residentes de una institución que reúne los requisitos, que reembolse cualquier beneficio que el grupo no debería haber recibido.
- Cualquier miembro de mi grupo que se esté escondiendo o esté huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, detención o encierro por ser declarado culpable de un delito mayor (*felony*), o que ha violado su libertad condicional (*parole* o *probation*), no puede recibir asistencia monetaria ni estampillas para comida.
- Cualquier persona que a partir del 22 de agosto de 1996 ha sido declarada culpable de un delito mayor (*felony*) relacionado con las drogas por tener, usar o distribuir sustancias controladas no puede recibir estampillas para comida y si fue declarada culpable el o después del 1º de enero de 1998, no puede recibir asistencia monetaria.
- Para la asistencia monetaria y las estampillas para comida, el condado requerirá que yo y ciertos miembros del hogar obtengamos una imagen computarizada de las huellas digitales y de la cara. Es posible que mis beneficios se nieguen o descontinúen si no coopero.

### También entiendo que:

Recibiré la descalificación y/o las sanciones por fraude relacionado a la asistencia pública, si a propósito doy información incorrecta o no reporto todos los datos o situaciones que afecten mi elegibilidad o beneficios de asistencia monetaria, estampillas para comida y Medi-Cal.

### Para asistencia monetaria:

- Si a propósito no sigo las reglas sobre la asistencia monetaria, es posible que se me imponga una multa de hasta \$10,000 y/o que se me envíe a la cárcel/prisión por 3 años. Y mi asistencia monetaria se puede descontinuar:
  - por no reportar toda la información o por proporcionar datos erróneos: 6 meses por la primera ofensa, 12 meses por la segunda, o para siempre por la tercera; y para la Asistencia Monetaria para Refugiados, 3 meses por la primera y 6 meses por cualquier otra ofensa después.
  - por presentar al mismo tiempo una o más solicitudes para recibir asistencia en más de un caso: 2 años por la primera ofensa, 4 años por la segunda, y para siempre por la tercera.
  - por haber sido declarado culpable de un delito mayor (*felony*) de robo para recibir asistencia: 2 años por el robo de cantidades menores de \$2,000; 5 años por cantidades entre \$2,000 y \$4,999.99; y para siempre por cantidades de \$5,000 o más.
  - para siempre por proporcionar al condado pruebas falsas en relación a residencia para obtener al mismo tiempo asistencia en dos o más condados o estados; por proporcionar pruebas falsas acerca de un niño no elegible o un niño que no existe; por recibir por medio del fraude más de \$10,000 en beneficios monetarios; y por ser declarado culpable, en un tribunal de justicia o en una audiencia administrativa, de fraude por tercera vez.

### Para estampillas para comida:

- Si a propósito no sigo las reglas sobre las estampillas para comida, se me pueden descontinuar las estampillas para comida durante 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda, y para siempre por la tercera. Y es posible que se me imponga una multa de hasta \$250,000 y/o que se me envíe a la cárcel/prisión por 20 años.
- Si se me declara culpable en un tribunal de justicia, debido a que:
  - vendí o cambié estampillas para comida para obtener armas de fuego, munición, o explosivos, se me pueden descontinuar las estampillas para comida para siempre por la primera ofensa.
  - vendí o cambié estampillas para comida para obtener sustancias controladas, se me pueden descontinuar las estampillas para comida durante 24 meses por la primera ofensa y para siempre por la segunda.
  - vendí o cambié estampillas para comida con un valor de \$500 o más, se me pueden descontinuar las estampillas para comida para siempre.
  - presenté al mismo tiempo dos o más solicitudes para recibir estampillas para comida y le proporcioné al condado información falsa sobre mi identidad o residencia, se me pueden descontinuar las estampillas para comida durante 10 años.

**Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que contiene esta declaración de datos es verdadera, correcta y completa.**

FIRMA (PADRE/MADRE O FAMILIAR ENCARGADO DEL NIÑO, SOLICITANTE DE MEDI-CAL, MIEMBRO ADULTO O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL GRUPO PARA FINES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA)	FECHA		
FIRMA (DEL OTRO PADRE/MADRE QUE TAMBIEN VIVE EN EL HOGAR, SI SE ESTA SOLICITANDO ASISTENCIA MONETARIA)	FECHA	FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIO LA MARCA, INTERPRETE O PERSONA QUE ESTE ACTUANDO A NOMBRE DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO	FECHA

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED							ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED							FOOD STAMP TESTS			
CA		FS		MC			CA		FS		MC			YES	NO	NA	
YES	NO	YES	NO	YES	NO		YES	NO	YES	NO	YES	NO					
Residency							Property/Resources—Within limits							Categorically Eligible			
Deprivation							Work participation							Gross Income Test Household Size			
Age							FSET							Gross Monthly Income \$			
Immunizations							ABAWDs							Gross Income Eligible			
Citizen/Eligible noncitizen							CFAP							Separate HH Income Test Household Size			
School enrollment							Sponsored noncitizen Federal participation established (If "NO", explain)							Gross Monthly Income \$			
Pregnancy verif./ WIC Referral	/	/	/	/	/	/	Referred for Health Care Options (HCO) Presentation							Eligible for Separate HH Status			
SSN														Aged/Disabled			
Income—Applicant/Recipient test(s)														DFA 285-C			
SFIS																	
TANF Time Limits																	
CalWORKs Time Limits																	

COMMENTS

AU Size:	Non-AU Size:	AU/MFBU Size:
<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (REASON)		
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE <input type="checkbox"/> REDETERMINATION	<input type="checkbox"/> DIVERSION <input type="checkbox"/> EXEMPT MAP	AUTHORIZATION DATE
ELIGIBILITY CONDITIONS MET (DATE):		EFFECTIVE DATE
WORKER'S SIGNATURE		DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)		DATE

FS:	HH Size:
<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (REASON)	
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION	AUTHORIZATION DATE
WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)	DATE